後期高齢者医療制度被保険者資格 該不該 届出書

下記のとおり届け出します。

令和 年 月 日

日本私立学校振興・共済事業団理事長 殿

学校法人等所在地	郵便番号 (-)		
学校法人等名			
代表者名			
事務連絡先電話番号		担当者氏名	

☐ 21910 ☐ 21920 ☐ 21930 ☐ 21940	加入者等記号・番号					加入者氏名			生年月日			46 01	
	県コード	学種	学校番号	個人番号	枝番				39	年	月		日
	II								3.昭				
					0 0				4.平				

※事業団記入欄			
内	週		
発	及		
65	66		

届出事由(1~4のいずれかに ○ をしてください) 届出事由により、必要な添付書類があります。(裏面もお読みください)

1. 65歳以上75歳未満で障害の状態にあり、「後期高齢者医療制度」の適用となった
2. 1の対象だった人が障害の状態がなくなった等の理由で、「後期高齢者医療制度」の適用除外となった
3. 75歳以上で海外に居住している等の理由で、「後期高齢者医療制度」の適用除外となった
4. 3の対象だった人が国内居住となった等の理由で、「後期高齢者医療制度」の適用となった

対象者	氏名				生年月日			加入者との続柄	※C
					48	年	月	日	55
				3.昭					

事由発生日	57	年	月	日	※事由 S
	5.令				64

後期高齢者医療制度に適用されるのは下記の①、②の人です。
 ① 75歳以上の人
 ② 65歳以上75歳未満で、障害の認定を受けた人
 ただし、日本国内に住所を有しない人を除きます。

1. ※欄は記入しないでください。
2. 上記の届出事由が1または4の場合は、資格確認書等を添付してください。(添付できないときは、後日返納してください)
3. 任意継続加入者の場合は、「学校法人等所在地」欄に加入者の住所を記入してください。

私学事業団受付印